

FAKTORI RIZIKA KOD POJAVE SAMOOZLJEĐIVANJA DJECE I MLADIH

SAŽETAK

O problemu samoozljeđivanja među adolescentima kod nas se još uvijek javno ne govori te se, kao što je to slučaj i s nekim drugim psihičkim poremećajima, ta pojava stigmatizira i ostaje sakrivena javnosti. Rad donosi teorijski osvrt na pojavu samoozljeđivanja, prevalenciju problema u inozemstvu, prvenstveno u SAD-u, Velikoj Britaniji i Kanadi te istraživanje provedeno kod nas u Zagrebu u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11. Ovo istraživanje obuhvaća 26 adolescenata i svrha mu je bila utvrditi koliko su često istraživani faktori rizika prisutni među tim adolescentima. Ispitivani faktori rizika su: s kim dijete živi, bračno stanje roditelja, radni odnos roditelja, odnosi među članovima obitelji, prisutnost nasilja i ovisnosti u obitelji, zlostavljanje djeteta, raniji pokušaj/namjera suicida i suicidalne misli djeteta, agresivnost djeteta, smetnje ponašanja (počinjenje kaznenih djela i prekršaja od strane djeteta) i prisutnost psihičkih poremećaja djeteta (dijagnoza). Rezultati pokazuju kako socijalna i psihijatrijska obilježja adolescenata utječu na pojavu samoozljeđivanja.

¹ Martina Sičić, socijalna radnica, vježbenik u Domu za odgoj djece i mladeži Dugave, Zagreb, e-mail: msicic@yahoo.com

² Doc. dr. sc. Lana Mužinić, psihijatrica, specijalist, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb e-mail: lane.muzinic@inet.hr

Prethodno priopćenje
UDK 616.89-053.6
Primljeno: studeni, 2007.

Martina Sičić¹
Dom za odgoj djece i
mladeži Dugave

Lana Mužinić²
Psihijatrijska bolnica
Vrapče

Ključne riječi:

samoozljeđivanje,
adolescenti, socijalna
obilježja adolescenta,
psihijatrijska obilježja
adolescenta

UVOD

Kada govore o samoozljeđivanju, različiti autori koriste sinonime poput **samoranjavanja**, **samopovređivanja** ili **samosakaćenja** (Favazza, 1998.; Rosen i Collins, 1993., prema Derouin i Bravender, 2004.), koriste termine »*self-harm*«, »*autoaggression*«, »*delliberate self-cutting*« i »*suicidal gestures*«. Godine 1998. Favazza i Rosenthal (prema Derouin i Bravender, 2004.) su termin »*self-mutilation*« (samosakaćenje) redefinirali i klasificirali u tri kategorije:

- *Major self-mutilation* - najekstremniji i najneuobičajeniji oblik samoozljeđivanja koji rezultira uništavanjem tkiva i trajnim unakaženjem, npr. amputacija ili kastracija. Taj tip samoozljeđivanja se pojavljuje u psihotičnih osoba ili u intoksiciranim stanjima ljudi.

- *Stereotypic self-mutilation* - tip ozljeđivanja koji se pojavljuje kod mentalno oštećenih osoba, autističnih i psihotičnih, a uključuje ritmične, stalne oblike autoagresivnog ponašanja kao što je lupanje glavom, pritiskanje očnih jabučica ili udaranje samog sebe.

- *Superficial self-mutilation* - oblik koji se najčešće pojavljuje kod adolescenata, a obuhvaća kompleksnu grupu načina samoozljeđivanja koja su učestala i obično nemaju za cilj počinjenje suicida. Taj oblik samoozljeđivanja je tema rada.

Ana Kandare, psihoterapeut i voditeljica psihološkog savjetovališta u Rijeci o samoozljeđivanju kaže: »Samoozljeđivanje je dobrovoljno nanošenje štete vlastitom tijelu. Ozljedu nanosi osoba sama sebi, bez pomoći druge osobe, a ozljeda je dovoljno jaka da dovodi do oštećenja tkiva« (<http://ss-ri.hr/samoozljeđivanje.htm>).

O razlikovanju samoozljeđivanja i suicida piše: »Većina istraživača se slaže da se samoozljeđivanje ne vezuje uz samoubojstvo jer općenito osobe koje se samoozljeđuju nemaju namjeru umrijeti zbog vlastitog ranjavanja. No, iako samoozljeđivanje nema u korijenu samoubilačke ideje i misli, ipak može dovesti do razmišljanja o samoubojstvu pa i do samoubojstva, ako osoba pretjera u nanošenju ozljeda« (<http://ss-ri.hr/samoozljeđivanje.htm>).

Walsh i Rosen (1988.) govore o samoozljeđivanju prema iskazu osoba koje se samoozljeđuju i kažu kako je to čin samonagrdivanja i izraz gnušanja samog sebe. Drugi kažu kako samoozljeđivanje može biti posljedica implozije unutar samog sebe, način smanjenja tenzije koja se ne može izdržati ili ventiliranje bijesa koji se ne može izraziti.

Kao najobuhvatnija definicija u literaturi spominje se ova:

Samoozljeđivanje je učestalo, bez prijetnje za vlastiti život, nanošenje ozljeda samome sebi ili samonagrdivanje na socijalno neprihvatljiv način. (Walsh i Rosen, 1988.: 10).

Carr (1977., prema Walsh i Rosen, 1988.) spominje kako je samoozljeđivanje najdramatičniji i ekstremni oblik kronične ljudske patologije. Autori Maclean i Robertson (1976., prema Walsh i Rosen, 1988.) slažu se da je problem samoozljeđivanja alarmantniji nego što je suicid. Bravender i Walsh (2002., prema Derouin i Bravender, 2004.) govore o samoozljeđivanju kao o obrambenom mehanizmu koji tinejdžeri koriste zbog pomanjkanja

odgovarajućih kognitivnih i emocionalnih vještina za nošenje sa stresom. Za Machoiana (2001., prema Derouin i Bravender, 2004.) samoozljeđivanje znači »poziv upomoć« adolescenata koji se ne znaju drugačije nositi sa psihološkom boli, pogotovo kad smatraju da ih drugi ne čuju i ne razumiju.

Među poznatijim kategorizacijama o oblicima samoozljeđivanja su Rossova i Mckayeva (1979., prema Walsh i Rosen, 1988.). Oni su podijelili sve tipove samoozljeđivanja u devet kategorija: *cutting*/rezanje, *biting*/griženje, *abrading*/guljenje kože, *severing*/odrezivanje/prorezivanje, *inserting*/umetanje, *burning*/paljenje, *ingestion or inhalation*/ingestija ili inhalacija, *hitting*/udaranje, *constricting*/stezanje/stiskanje npr. dijelova tijela.

Ana Kandare (<http://ss-ri.hr/samoozljeđivanje.htm>) kategorizira oblike samoozljeđivanja na sljedeći način: rezanje, grebanje, čupkanje kože, čupanje kose, udaranje, lomljenje kostiju, onemogućavanje ranama da zarastu, izazivanje opekline i sve drugo što dovodi do ozljeda. Kao najčešći oblika samoozljeđivanja navodi rezanje na zglobovima, nadlakticama i unutarnjoj strani bedara.

Isto tako, navodi neke zajedničke karakteristike i osjećaje osoba koje se samoozljeđuju (<http://ss-ri.hr/samoozljeđivanje.htm>): jako podcjenjuju sebe, jako su osjetljive na odbacivanje, kronično su ljute i to obično na same sebe, često pokušavaju potisnuti ljutnju, impulzivne su i teško se kontroliraju. Za njih je također karakteristična sklonost reagiranju u skladu s raspoloženjem tog trenutka i sklonost ne raditi planove za budućnost. To su osobe koje su kronično tjeskobne, depresivne i iritabilne te koje se ne vide sposobnima suočavati sa stresom. One se osjećaju nemoćno i nemaju fleksibilan repertoar strategija suočavanja sa životnim poteškoćama i sklone su izbjegavanju.

O tome što kažu same osobe koje se samoozljeđuju o svom razlogu samoozljeđivanja, A. Kandare na istoj mrežnoj stranici navodi sljedeće: »Samoozljeđivanje im donosi bijeg od praznine, smanjenje tenzije, olakšanje, oslobađanje od bijesa, bijeg od obamrlosti ili otupjelosti, izražavanje emocionalne boli koju ne mogu izdržati, to je prema nekima način da pokažu drugima ozbiljnost njihove unutarnje boli, poziv upomoć ili traženje podrške, a može biti i nastavljanje obrasca zlostavljanja, s obzirom da su mnoge osobe koje se samoozljeđuju bile fizički ili seksualno zlostavljane«.

Razloge svrstava u tri osnovne kategorije:

- **regulacija emocija** - pokušaj da se tijelo dovede u ravnotežu nakon turbulentnih i uznemirujućih emocija
- **komunikacija** - samoozljeđivanje kao način da se izrazi ono što neki nisu u mogućnosti izraziti riječima
- **kontrola/kazna** - uključuje ponašanja koja su ponavljanje obrasca zlostavljanja pretrpljenog u djetinjstvu (najčešće fizičkog ili seksualnog) i tzv. »magično razmišljanje« (ako povrijedim sebe, ono loše čega se bojim neće se dogoditi).

Hawton i sur. (2000., prema Cyr i sur., 2005.) su uspoređujući podatke pri prijemu u bolnicu u Oxfordu zabilježili porast stope pojavnosti samoozljeđivanja kod djevojaka

(adolescentica) za 28% u periodu od 1985. do 1995. i velik stupanj ponavljanja takvog načina ponašanja. Druge studije koje proučavaju pojavu samoozljeđivanja kod adolescenata govore o stopi od 11,2 % za adolescentice 15-16 godina starosti (Hawton i sur., 2002.). To istraživanje je provedeno prema uzorku djevojaka koje su se dobrovoljno prijavile u školama na području Engleske. Druga studija govori o stopi od 14% za adolescentice osnovnoškolskog uzrasta (Favazza, DeRosear i Conterio, 1989., prema Derouin i Bravender, 2004.).

Nedavno provedeno istraživanje u dvije srednje škole u Kanadi (Ross i Heath, 2002., prema Cyr i sur., 2005.) pokazalo je da je kod učenika od 7. do 11. razreda (pretpostavka je da se radi o adolescentima u dobi 13-17 godina) stopa prevalencije 13,9% i da je veći postotak adolescentica koje se samoozljeđuju nego adolescenata (64% : 36%).

Prema istraživanju provedenom na dva sjevernoistočna američka fakulteta 2005. godine, stopa prevalencije samoozljeđivanja iznosi 36% za one koji su to učinili barem jednom i 75% za one koji su takav način ponašanja pokazali više puta (Whitlock, Eckenrode i Silverman, 2005.). Radi se o mrežnom istraživanju i napamet izabranom uzorku studenata. Od 8 300 studenata pozvanih na sudjelovanje, 37% se odazvalo.

Istraživanje o stavovima, samoprocjeni znanja i poznavanju problema samoozljeđivanja, provedeno na uzorku od 50 profesora srednjih škola u Kanadi pokazalo je da je 78% profesora podcijenilo stopu pojavnosti problema među srednjoškolskom djecom, a samo njih 20% se izjasnilo da je upoznato s tom problematikom. Studija je naglasila kako je potrebno educirati profesore o tom problemu (Heath, Toste i Beettam, 2006.).

Članak objavljen 2004. godine u *Los Angeles Daily News* govori kako je samoozljeđivanje najbrži rastući problem među adolescentima i kako je SOS linija za prevenciju suicida u školskom okrugu Los Angelesa, zabilježila 600 poziva vezanih uz samoozljeđivanje u periodu od samo 18 mjeseci (Rodcliffe, 2004., prema Purington i Whitlock, 2004.).

Zahvaljujući najviše Internetu kao mediju, američka javnost danas mnogo više zna o problemu samoozljeđivanja nego što je to bilo prije. Internet igra veliku ulogu u životu osoba koje su pogođene tim problemom. Poznat je podatak da danas preko 70% američkih adolescenata redovno koristi Internet i od toga 65% njih koristi ga dnevno (Lenhart, Madden i Hitlin, 2005., prema Whitlock, Lader i Conterio, 2007.). Njima Internet omogućuje brzu identifikaciju s drugima koji se bore s istim problemom i tu virtualnu zajednicu doživljavaju kao dar, priliku da se nadiđe usamljenost i izolacija u kojoj se nađu u svojoj okolini u stvarnom životu zbog nerazumijevanja i sl. Oni su u virtualnoj zajednici u mogućnosti podijeliti problem s drugima i pružiti i primiti podršku anonimno.

Međutim, neke mrežne stranice koje su slabo nadzirane od strane moderatora toleriraju širok raspon osobnih ispovijesti, grafičkih prikaza i zvukova samoozljeđivanja koje mogu prizvati želju za samoozljeđivanjem, posebice kod mladih kojima manjka kapaciteta za samokontrolom i kod onih koji su posebno ranjivi na slike, svjedočenja drugih i zvukove. Stoga i oni koji pišu i oni koji čitaju moraju odlučiti koji sadržaj odgovara njihovim osobnim potrebama uzimajući u obzir vlastitu ranjivost (Whitlock, Lader i Conterio, 2007.).

Nedvojbeno je da Internet utječe na oporavak osobe koja je u tretmanu i zato bi terapeut trebao znati kakve informacije Internet pruža o tom problemu i voditi računa o tome kako virtualna zajednica utječe na tu osobu (Whitlock, Lader i Conterio, 2007.).

U Hrvatskoj do sada nije bilo istraživanja konkretno vezanih za ovu temu, a relativno se malo o tome govori u stručnim, a još manje u civilnim krugovima.

RAZLIKA IZMEĐU SAMOOZLJEĐIVANJA I SUICIDA

Američki istraživač Edwin Shneidman, koji se već dugo bavi problemom suicida definira suicid ovako: »Suicid je čin u kojem čovjek sam sebi namjerno oduzima život«. U svojoj knjizi *Definition of Suicide* (1985.) on govori o **10 uobičajenih karakteristika suicida**. Ovdje je prikazana usporedba suicida i samoozljeđivanja američkih liječnika koji su se za tu usporedbu poslužili Shneidmanovim **karakteristikama** (prema Walsh i Rosen, 1988.).

1. karakteristika: podražaj/stimulans, razlog suicida

Suicid: nepodnošljiva psihološka bol

Za Shneidmana je osnovni podražaj za počinjenje suicida neizdrživa psihološka bol. Dakle, suicid predstavlja bijeg od te nepodnošljive boli i neprihvatljive ekstremne anksioznosti. Osoba percipira tu bol kao dugoročnu i neizbježnu. Ako bol nadvlada nečiju toleranciju u dužem neprekidnom periodu, osoba gubi vjeru da je uopće vrijedno živjeti.

Samoozljeđivanje: eskalirajuća, postupna psihološka bol

Osobe koje se samoozljeđuju govore o periodu u kojem psihološka patnja **postupno** raste sve dok ne postane nepodnošljiva. Taj proces na koncu završava samoozljeđivanjem. Tako su Grunebaum i Klerman (1967., prema Walsh i Rosen, 1988.) istražili i došli do tipičnog slijeda događaja koji vode rezanju zapešća:

- gubitak ili strah od gubitka važne osobe
- nepodnošljiva rastuća tenzija koju osoba nije u mogućnosti izverbalizirati
- stanje otuđenosti
- neodoljiv poriv za rezanjem
- sama izvedba čina i to obično bez osjećaja boli
- olakšanje i vraćanje u »normalno« stanje svijesti.

Važno je naglasiti da se tijekom tog slijeda događaja bol brzo reducira kao rezultat samoozljeđivanja, tj. nanošenjem fizičke ozljede. Dakle, glavna razlika je što kod osoba koje se samoozljeđuju nema dugoročne, kronične, neizdržive boli. One imaju periode tzv. **emocionalnog zatišja, smirenja** koje omogućuje olakšanje unutarnje tjeskobe.

2. karakteristika: stresor

Suicid: frustrirajuća psihološka potreba

Shneidman objašnjava da suicid proizlazi iz nezadovoljenih potreba. Te nezadovoljene potrebe frustriraju osobu i mogu se kretati od najosnovnijih kao što su npr. izbjegavanje psihičke boli, ozljeda ili bolesti, pa sve do najsofisticiranijih kao što je npr. potreba za razumijevanjem svijeta. Prevencija suicida, kaže Shneidman, leži u pronalasku olakšanja od te frustracije koja je u korijenu psihološke boli.

Samoozljeđivanje: odgađanje psiholoških potreba

Osobe koje su sklone samoozljeđivanju također su frustrirane zbog nezadovoljenih psiholoških potreba, ali oni svoju nezadovoljenu potrebu kratkoročno odlažu, odgađaju. Glavna razlika između suicida i samoozljeđivanja je u elementu vremena i tolerancije na frustraciju. »Samoozljeđivači« imaju jako nisku toleranciju na frustraciju, a suicidalne osobe obično trpe frustraciju mjesecima pa i godinama prije nego što postanu ekstremno nesretne i obeshrabljene i odluče se za počinjenje suicida.

Osobe s impulzivnim poremećajem naročito su sklone samoozljeđivanju jer one traže istog trenutka satisfakciju (zadovoljenje potrebe) i odmah postanu nervozne ako se to ne dogodi.

3. karakteristika: svrha čina

Suicid: traženje rješenja

Suicid je metoda koja se odabire u slučaju kada osoba osjeća da ne može više izdržati bol i nepodnošljivu frustraciju. Za počinitelja je to jedini način rješavanja problema i najbolja mogućnost za nerješive dileme.

Samoozljeđivanje: postizanje kratkotrajnog olakšanja

Namjera samoozljeđivanja je kratkoročno olakšanje od tjeskobe, boli. Stoga, samoozljeđivanje ne povlači radikalno, konačno rješavanje problema, već reducira unutarnju tenziju na neko vrijeme bez da se misli na sljedeće pojavljivanje unutarnje boli i tjeskobe.

4. karakteristika: cilj

Suicid: prestanak svjesnosti/postojanja

Prestanak postojanja, smrt postaje jako željena ako je doživljena kao jedino rješenje problema. Suicidalnim osobama se ništavilo, prestanak postojanja, bijeg u smrt čini kao jedino logično rješenje.

Samoozljeđivanje: promjena u svjesnosti

Osobe koje se samoozljeđuju žele promijeniti svoje opće stanje svijesti/svjesnosti, ali to ne znači da oni žele umrijeti, prestati postojati. Cilj koji žele postići samoozljeđivanjem je radikalna promjena trenutnog emocionalnog stanja, njihove kognitivne orijentacije, odnosa prema svijetu te oslobađanje od unutarnje tenzije. Ross i McKay (1979., prema Walsh i Rosen, 1988.) iznose da se kod osoba koje se samoozljeđuju namjera za počinjenjem suicida vrlo rijetko pojavljuje i da je često rizik od smrti vrlo mali.

5. karakteristika: emocije

Suicid: beznade i bespomoćnost

Shneidman (1985., prema Walsh i Rosen, 1988.) kaže kako suicidalne osobe tzv. »emocionalna impotencija« sprečava vidjeti izlaz koji nije prestanak postojanja, smrt. Oni osjećaju beznade i bespomoćnost. Ti su osjećaji, prema Shneidmanu, povezani s osjećajem srama, krivnje, tuge, usamljenosti, bijesa, itd. koji su već tradicionalno vezani za suicid. Suicidalne osobe se doživljavaju bespomoćnima jer osjećaju da nemaju kontrolu nad njihovom unutarnjom boli i vanjskim utjecima, okolnostima. Osjećaju beznade jer ne vide kraj svojoj neizdrživoj patnji.

Samoozljeđivanje: osjećaj otuđenosti

Tijekom perioda eskaliranja tenzija, osobe koje se samoozljeđuju osjećaju se otuđenima od sebe i drugih. Oni sami kažu kako se osjećaju odsječeno, izbačeno iz ravnoteže i prazno (Grunebaum i Klerman, 1967; Podvoll, 1969.; Ross i McKay, 1979., prema Walsh i Rosen, 1988.). Ukratko, osobe koje se samoozljeđuju osjećaju intrapersonalno i interpersonalno otuđenje. Za razliku od suicidalnih osoba, ove osobe imaju način koji im pomaže u reduciranju unutarnjih tenzija i boli- nanošenjem fizičke ozljede samima sebi.

6. karakteristika: unutarnji stav

Suicid: ambivalentan stav

Iako su suicidalne osobe očajne u potrazi za prestankom neizdržive boli kroz čin samoubojstva, one također žele biti spašene od smrti. Njihova ambivalencija je sadržana u tome da gledaju na smrt kao na zaista zadnje moguće rješenje problema dok se u isto vrijeme nadaju spasu i boljem životu.

Samoozljeđivanje: rezignacija

Samoozljeđivanje pruža vrlo korisnu funkciju, reducira tenziju i smanjuje osjećaj otuđenja omogućujući osobi da postane ponovno uključena u život. Ožiljci i rane su vrlo skromna cijena za dobivenu nagradu. S vremenom, osobe koje se samoozljeđuju postaju rezignirane i povremeno imaju potrebu za zadavanjem fizičkih ozljeda samima sebi. Oni se opravdavaju npr. ovakvim izjavama: »oh, radio/la sam to godinama«, »navikao/la sam na to«, »ja sam takva«.

Rijetko spominju da su za vrijeme nanošenja ozljeda osjećale ambivalenciju. Umjesto toga, stalno su orijentirane na bolnu unutarnju tenziju, ljutnju, agitaciju ili prazninu zbog čega se jednostavno **mora** nešto poduzeti. Zato se predaju činu samoozljeđivanja.

7. karakteristika: stanje spoznaje

Suicid: ograničenost

Shneidman kaže kako je problem »suicidalnog uma« u ograničenosti rješavanja problema. Za njih vrijedi samo jedna misao - **sve ili ništa** - i nema drugih alternativa. Nadalje kaže kako intervenciju kod suicidalnih osoba treba početi razbijanjem dihotomizacije - **sve ili ništa** - u njihovom umu.

Samoozljeđivanje: fragmentacija

Misaoni procesi »samoozljeđivača« su fragmentirani na više načina. Npr. njihovi misaoni procesi su neorganizirani i difuzni. Isto tako, njihovo mišljenje je fragmentirano u smislu da moraju odlučiti kako olakšati bol, smanjiti tenziju. Fragmentacija ovdje u biti opisuje više načina nošenja sa boli.

8. karakteristika: interpersonalni čin

Suicid: suicidalne osobe govore o svojoj namjeri

Shneidman (1985., prema Walsh i Rosen, 1988.) je zabilježio da od ukupnog broja počinjenih suicida, 80% njih je reklo o svojoj namjeri drugima. U tome se vidi i njihova ambivalencija, a isto tako to obično uključuje i pozdrav voljenima, dijeljenje imovine...

Samoozljeđivanje: prisila

Drugi vide čin samoozljeđivanja kao ekstrem i on uzrokuje velike promjene u međuljudskim odnosima. »Samoozljeđivači« su jako svjesni utjecaja njihovog čina samoranjavanja na druge i stoga se mogu samoozljeđivati da izazovu nečiju pažnju ili pak da prekinu neki odnos. Dakle, to je čin koji im pomaže u uspostavljanju kontrole u

međuljudskim odnosima. Mnogi autori (Offer i Barglow, 1960.; Matthews, 1968.; Ross i McKay, 1979., prema Walsh i Rosen, 1988.) su pokazali da je pokušaj prisile u smislu kontrole izazivanja odgovora kod drugih ljudi jedan od glavnih pokretača u međuljudskim odnosima »samoozljeđivača«. Prisila u ovom smislu znači da postižu unutarnju i interpersonalnu kontrolu jedino fizičkim ozljedama.

9. karakteristika: akcija

Suicid: bijeg

Shneidman kaže da je svrha suicida pobjeći od boli, frustracije, patnje, beznađa, bespomoćnosti, svrha je zaustaviti to sve, a jedina efikasna akcija je otići, ostaviti sve.

Samoozljeđivanje: reintegracija

Kroz čin samoozljeđivanja, osobe »samoozljeđivači« se reintegriraju na dva načina: taj čin uzrokuje psihološku reintegraciju reducirajući tenzije, ventilirajući intenzivne emocije ljutnje, anksioznosti, tuge, a isto tako uzrokuje završavanje stanja disociiranosti misli i otuđenja, depersonalizacije. Dakle taj čin koriste za povratak u »normalno« stanje emocija i svijesti.

10. karakteristika: konzistentnost

Suicid: cjeloživotni način nošenja s problemima

Suicidalnost je stalna po načinu na koji je počinitelj živio, tj. treba uzeti u obzir kapacitete kako se netko nosio sa psihičkom boli ranije u životu. Prema Shneidmanu suicid nije anomalija, on je samo ekstenzija općenitog načina nošenja s problemima.

Samoozljeđivanje: cjeloživotni prilagodljivi način nošenja s problemima

Samoozljeđivanje je isto kao i suicid stalan način nošenja s problemima. Iako se čin samoozljeđivanja doima ekstremnim, kad se malo bolje pogleda, na vidjelo proizlazi da je to zapravo nečiji dosljedan način nošenja s problemima.

Razlika između suicida i samoozljeđivanja u ovom smislu jest ta što je nanošenje fizičkih ozljeda obrambeni mehanizam i način održanja na životu.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je utvrditi koliko su često istraživani faktori rizika prisutni među adolescentima koji se samoozljeđuju.

Istraživani faktori rizika su:

- s kim dijete živi
- bračno stanje roditelja
- radni odnos roditelja
- odnosi među članovima obitelji
- nasilje u obitelji
- ovisnost u obitelji (alkohol, droga...)
- zlostavljanje djeteta
- raniji pokušaj/namjera suicida i suicidalne misli djeteta
- agresivnost djeteta
- smetnje ponašanja (počinjenje kaznenih djela i prekršaja od strane djeteta)
- prisutnost psihičkih poremećaja djeteta (dijagnoza)

INSTRUMENT

U svrhu istraživanja korišten je posebno konstruiran upitnik koji sadrži psihijatrijska, socijalna, osnovna sociodemografska i druga važna obilježja ispitanika prema kojem se na temelju uvida u dokumentaciju došlo do traženih podataka.

UZORAK

Uzorak čini 26 adolescenata koji su (bili) hospitalizirani ili su (bili) u tretmanu odjela dnevne bolnice u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11, u razdoblju od 2003. do 2007. godine. Spol i dob su proizašli temeljem uvida u pronađenu dokumentaciju metodom randomizacije.

Istraživanje je provedeno u svibnju 2007. godine.

REZULTATI I RASPRAVA

1. Socijalna obilježja adolescenata

Tablica 1.

Dobno-spolna struktura ispitanika

dob \ spol	12	13	14	15	16	17	18	ukupno
M	1	1	0	1	3	2	1	9
Ž	0	2	1	6	6	1	1	17
ukupno	1	3	1	7	9	3	2	26

Iz tablice je vidljivo da među ispitanicima prevladavaju adolescenti ženskog spola. Iako je uzorak premali da bi se na temelju toga mogli donijeti konkretni zaključci, prema istraživanju koje je u radu prethodno spomenuto (Ross i Heath, 2002., prema i sur., 2005. govore o stopi prevalencije među adolescentima od 13,9% i omjeru - adolescentice 64%:36% adolescenti) ovaj rezultat nije iznenađujući jer su podaci podudarni. Podaci iz tablice također pokazuju kako je najveći broj adolescenata koji se samoozljeđuju u dobi od 16 i nešto manje njih u dobi od 15 godina. Dakle, radi se o adolescentima koji su na početku srednjoškolskog obrazovanja (vidi tablicu 1.).

Tablica 2.
Bračno stanje roditelja (N=26)

Bračno stanje	N	%
U braku	11	42,31
Izvanbračna zajednica	2	7,69
Rastavljeni/razvedeni	11	42,31
Drugo	1	3,84
Nema podataka	1	3,84

Iz podataka s može vidjeti kako je jednak broj adolescenata čiji su roditelji u braku i onih čiji su razvedeni/rastavljeni. Ovdje je potrebno objasniti kako pod kategorijom »rastavljeni/razvedeni« ne spadaju samo roditelji koji su pravno rastavljeni već i oni koji su formalno još u braku, ali ne žive više zajedno. Kad zbrojimo postotak onih iz kategorije »rastavljeni/razvedeni«, onih iz izvanbračne zajednice (radi se o dvoje adolescenata - jedno od njih živi u domu za djecu jer su roditelji umrli, a drugo dijete živi samo s majkom, a oca koji je ne prihvaća kao svoje dijete uopće ne viđa) s onim pod kategorijom »drugo« (radi se o djetetu koje živi s pomajkom i ocem jer je majka umrla kada je dijete bilo staro 4 godine.) dobivamo podatak koji kaže kako kod 53,84% adolescenata, roditelji ne žive u bračnoj zajednici (vidi tablicu 2.).

Tablica 3.
S kim ispitanik živi? (N=26)

S kim dijete/mlada osoba živi	N	%
S oba roditelja	8	30,77
S jednim roditeljem	8	30,77
U posvojiteljskoj/ udomiteljskoj obitelji	0	0
U odgojnom domu/domu za djecu	3	11,54
drugo	7	26,92

Podaci pokazuju kako tek 8 od 26 adolescenata živi s oba roditelja, tj. u potpunoj obitelji. Njih osmero živi s jednim roditeljem, a sedmero je onih koji se nalaze pod kategorijom »drugo«. Ta kategorija obuhvaća dva adolescenata koja žive s bakom i djedom, jednog koji živi s očuhom, jednog s pomajkom i ocem, jednog u đaćkom domu, jednog s ocem i bakom i jedan ispitanik živi s mamom i bakom. Iz tablice se može zaključiti kako 69,23% adolescenata (zbroj postotaka onih koji žive s jednim roditeljem, onih koji su u odgojnom ili domu za djecu i onih pod kategorijom drugo) ne živi u potpunoj obitelji.

Tablica 4.

Nasilje u obitelji (N=26)

	N	%
DA	5	19,23
NE	19	73,07
Nema podataka	2	7,69

Kao što je vidljivo iz tablice, nasilje se u obitelji pojavljuje kod 19,23% (5) adolescenata. Od toga u dva slučaja se pojavljuje od strane oca prema djetetu, u dva slučaja je to nasilje između roditelja i u jednom slučaju radi se o nasilju od strane majke prema djetetu. Ne može se prema ovim podacima, s obzirom da se radi o jako malom i uskom uzorku ispitanika, zaključiti kako nasilje u obitelji nužno dovodi do pojave samoozljeđivanja kod djeteta, ali taj postotak nije zanemariv i treba ga promatrati kao rizičan faktor kod problema samoozljeđivanja koji se može javiti uz komorbiditet nekih drugih rizičnih faktora. Nasilje se često povezuje s alkoholizmom jednog od roditelja. Tako je ovdje slučaj da je kod četiri od pet adolescenata kod kojih je bilo prisutno nasilje u obitelji, otac (bio) alkoholičar te je u dva slučaja fizički ili psihički zlostavljao dijete (vidi tablicu 4.).

Tablica 5.

Ovisnost u obitelji (N=26)

	N	%
DA	8	30,76
NE	18	69,23

Kod 30,76% (8) adolescenata prisutna je neka vrsta ovisnosti u obitelji. Prevladava alkoholizam oca koji se pojavljuje u šest slučajeva, u jednom slučaju je prisutna ovisnost majke o alkoholu i u jednom slučaju ovisnost majke o alkoholu i tabletama (vidi tablicu 5.).

Tablica 6.

Je li dijete zlostavljano? (N=26)

	N	%
DA	10	38,48
NE	16	61,53

Podaci pokazuju kako je gotovo 40% ispitanika bilo na jedan ili drugi način zlostavljano. Od toga, četvero je adolescenata bilo seksualno zlostavljano u kojem se kao zlostavljač dva puta pojavljuje otac, jedan put tetak i jedan put očuhov sin, dakle, svi zlostavljači su iz obiteljskog kruga što nije iznenađujuće. Fizičko zlostavljanje se pojavljuje u dva slučaja - jednom je to bio otac, a u drugom se slučaju radi o domaru u školi koji je »ispljuskao dijete«. Psihičko zlostavljanje se isto tako pojavljuje u dva slučaja kod kojeg se kao zlostavljači u jednom slučaju pojavljuju oba roditelja, a u drugom slučaju otac. Kombinacija fizičkog i psihičkog zlostavljanja pojavljuje se dva puta i u oba slučaja zlostavljač je otac (vidi tablicu 6.).

Tablica 7.

Odnosi u obitelji (N=26)

	N	%
Skladni	1	3,84
Narušeni	20	76,92
Nema podataka	5	19,23

Ovim pitanjem se nastojao dobiti dobiti uvid u interpersonalne odnose obitelji djeteta koje je (bilo) u tretmanu bolnice, koliko su to pružile mogućnosti uvidom u dokumentaciju. Što se to podrazumijevalo pod pojmom »skladni«, a što pod pojmom »narušeni« nije teško zamisliti. Skladni obiteljski odnosi su odnosi prožeti ljubavlju, razumijevanjem, toplinom, podrškom roditelja međusobno i naspram djeteta te brigom za dijete. Sve ono, ili bar minimum onoga što je potrebno djetetu da izraste u prilagođenu i zdravu osobu, osobu u (++) poziciji ili drugim riječima **ja sam u redu, drugi su u redu** poziciji. Podatak iz tablice govori kako kod gotovo 80% adolescenata manjka tih pozitivnih karakteristika koje čine jednu zdravu obitelj. Rutter i Hersov (1979., prema Nikolić i Marangunić, 2004.) spominju slične rizične čimbenike za razvoj poremećaja u ponašanju adolescenata, a koji se manifestiraju kroz psihodinamiku/odnose u obitelji: neudatu majku mlađu od 20 godina, psihijatrijski poremećaj, zlorabica supstancija, kriminalitet, nasilje roditelja, napuštanje, preveliko zaštićivanje, odbacivanje, nedosljednost u odgoju djece, bračne nesuglasice, razvod braka, kroničnu bolest ili hendikep te psihički poremećaj i patološku komunikaciju. Kao rizične još navode vrlo velike obitelji i obitelji s jednim roditeljem.

Ovdje je ukratko navedeno nekoliko primjera obitelji u kojima su prisutna određena psihosocijalna opterećenja u funkcioniranju:

- Situacija 1 - dijete živi u potpunoj obitelji s 4 braće i sestara. Jedna sestra boluje od epilepsije, mlađi brat je invalidno dijete, tetka je počinila suicid kao duševni bolesnik (shizofrenija), ujak isto boluje od shizofrenije, a baka za koju je dijete bilo jako vezano nedavno je umrla.
- Situacija 2 - odnosi su narušeni zbog majčine fobije jer je nesposobna za kretanje pa velika većina odgovornosti leži na djetetu. Otac radi, ali ne stigne posvetiti dovoljno pažnje i brige djetetu koje se brine za većinu kućanskih poslova.
- Situacija 3 - obitelj koja pripada jednoj vjerskoj sekti, otac ne dopušta djetetu druženje s prijateljima koji nisu članovi sekte, zabranjuje izlaske, ograničava dijete u pogledu izbora garderobe, agresivno inzistira na njenom dolasku na vjerske skupove, omalovažava i vrijeđa dijete kad se ne pokorava njegovim zahtjevima, a majka je slijepa osoba, nezaposlena i ne suprotstavlja se ocu iz straha da ga ne izgubi. Otac fizički i psihički zlostavlja dijete. Obitelj je pod nadzorom nadležnog centra za socijalnu skrb.
- Situacija 4 - roditelji su rastavljeni, otac je alkoholičar, dijete živi s majkom i bakom s kojima nema gotovo nikakvu komunikaciju, majka se ponaša kao tinejdžer, ne radi, stalno izlazi i mijenja dečke, ne brine se za dijete, a baka vrijeđa dijete uspoređujući je s majkom i proglašavajući je beskorisnom...
- Situacija 5 - dijete živi s oba roditelja i sestrom, ali odnosi su toliko hladni da svi žive »pojedinačno« svoj život u istom kućanstvu - bez kvalitetne, normalne komunikacije i bilo kakve emocionalne privrženosti (vidi tablicu 7.).

Od 26 ispitanika 16 ili 61,5% adolescenata ima barem jednog brata ili sestru, tj. prevladavaju obitelji s više djece. Jedinaca/jedinica ima sedam ili 26,92%. Kod troje adolescenata nije bilo moguće pronaći podatke o tome. Isto tako, kod sedmero ili 26,92% adolescenata oboje je roditelja zaposleno, kod sedmero ili 26,92% zaposlen je samo jedan od roditelja, a kod četvero ili 15,38% ne radi ni jedan niti drugi roditelj. U osam ili 30,77% slučajeva, do tih podataka nije bilo moguće doći. Ovi bi rezultati mogli upućivati na skromnije materijalne prilike obitelji.

Tablica 8.

Je li dijete agresivno i je li u tretmanu stručnog tima škole (N=26)

	N	%
Agresivno je i u tretmanu je stručnog tima	11	42,31
U tretmanu je stručnog tima, ali nije agresivno prema drugima i okolini	9	34,62
Nije agresivno, niti je u tretmanu stručnog tima škole	4	15,38
Nema podataka	2	7,69

Rezultati iz tablice pokazuju da je preko 40% adolescenata agresivno kako prema sebi tako i prema drugima/okolini. Ta agresivnost može biti slika odnosa u obitelji adolescenta, jedini poznati način za rješavanje konflikata ili pak način da se riješi ljutnje.

Robertson (1996., prema Nikolić i Marangunić, 2004.) govori kako su impulzivnost i slaba tolerancija na frustracije te niska razina samopouzdanja osnovne osobine djece i adolescenata s poremećajem ponašanja, a koji je dijagnosticiran kod 50% ispitanika u ovom uzorku. Davey, Day i Howells (2005., prema Manzoni, 2007.) kažu kako vrlo često osobe s poremećajem u ponašanju kao svoj najveći problem verbaliziraju nemogućnost kontrole emocija, a najčešće se to odnosi na bijes i ljutnju. Postoji smanjena mogućnost kontrole ljutnje i jak doživljaj ljutnje. Klinička opažanja osoba koje su pokazivale ekstremno nasilje i grubost bilježe inhibiciju i neiskazivanje ljutnje koje su prethodile nekim oblicima nasilnog ponašanja.

Adolescenti koji nisu agresivni prema drugima u tretmanu stručnog tima su zbog velikog broja negativnih ocjena, velikog broja izostanaka ili vidljivih ožiljaka od samoozljeđivanja i slično. Kad se zbroje ta dva postotka, dobiva se rezultat da je 76,93% adolescenata u tretmanu stručnog tima škole (vidi tablicu 8.).

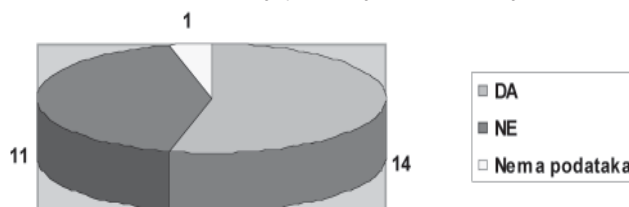
Istraživanje je također pokazalo da je 19,23% (5 od 26) adolescenata počinilo neko kazneno djelo. Radi se o kaznenim djelima krađe, vandalizma (razbijanje auta), posjedovanja marihuane i nasilničkog ponašanja

PSIHIJATRIJSKA OBILJEŽJA ADOLESCENATA

Kao što se može vidjeti iz grafikona 1., 14 ili 53,85 % adolescenata je ranije pokušalo počiniti suicid, imalo je namjeru počiniti suicid ili je imalo suicidalne misli. Od toga, 8 njih je progutalo veće količine tableta, 2 je imalo suicidalne misli, 1 je slučaj pokušaja suicida vješanjem, 1 slučaj gutanja nejestivih predmeta u više navrata, 1 slučaj namjere gutanja svih dobivenih tableta i 1 pokušaj suicida bacanjem pod auto u alkoholiziranom stanju.

Grafikon 1.

Raniji pokušaj suicida/namjera suicida/suicidalne misli

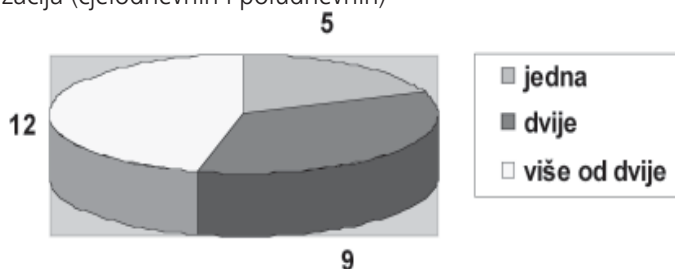


Grafikon 2. pokazuje kako je najviše onih adolescenata koji su bili hospitalizirani na odjelu ili u tretmanu dnevne bolnice više od dva puta (tri, četiri, pet puta...) - njih 12 ili 46,15%, dakle malo manje od polovice. Devet ili 24,62% adolescenata je bilo dva puta,

a njih petero ili 19,24% je bilo jednom u tretmanu bolnice, bilo to cjelodnevno ili poludnevno. Najvećem broju adolescenata (50%) je dijagnosticiran jedan od poremećaja iz grupe **poremećaj ponašanja i ophođenja/smetnje ponašanja i osjećanja/mješoviti poremećaj ponašanja i osjećanja/emocionalni poremećaj**. Zatim slijede **depresija, adolescentna kriza pa psihoza/psihoza u opservaciji i tentamen suicidi** (prema DSM 4 klasifikaciji bolesti). Ovaj podatak samo govori kako je ta problematika teška, duboka i dugotrajna kao što je to slučaj i s mnogim drugim psihičkim problemima, te kako je potrebno dugo razdoblje nadzora od strane stručnog tima i uključenost cijele obitelji u terapijski proces da bi se postigli pozitivni pomaci.

Grafikon 2.

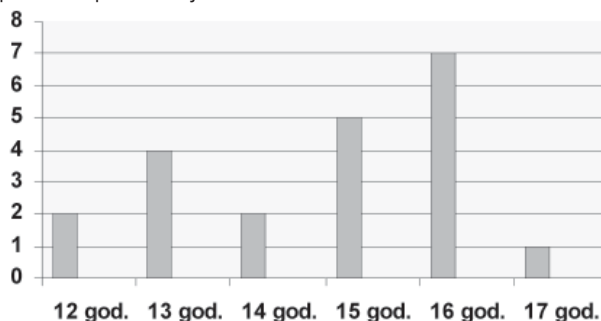
Broj hospitalizacija (cjelodnevni i poludnevni)



Grafikon pokazuje da je najviše adolescenata po prvi put bilo hospitalizirano ili u tretmanu dnevne bolnice sa 16 godina - njih 7 od 26 što je 26,92% u uzorku. Nešto je manje onih koji su po prvi put bili hospitalizirani ili u tretmanu dnevne sa 15 godina, njih 5 od 26 ili 19,23%. Zatim slijede adolescenti s 13 godina - 4 ili 15,38%. Podaci iz ovog grafikona podudaraju se s podacima iz tablice 1. koja pokazuje kako je u uzorku najviše adolescenata sa 16 i 15 godina. Prema istraživanom uzorku se dakle petnaesta i šesnaesta godina pokazuju kao najrizičnije za razvoj određenih smetnji ili poremećaja. U ovom slučaju se radi o samoozljeđivanju.

Grafikon 3.

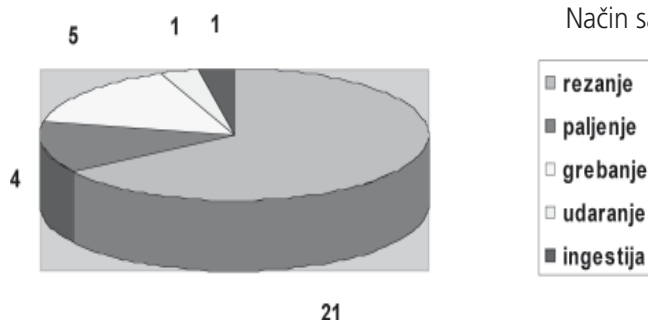
Dob u trenutku prve hospitalizacije



Vidljivo je iz grafikona da najviše adolescenata kao metodu samoozljeđivanja koristi rezanje, čak njih 21 od 26, što je 80,77%. Paljenje/izazivanje opekline (najčešće su to opekline od gašenja cigareta) je prisutno kod 4 ili 15,38% adolescenata, grebanje kod 5 ili 19,23%, a ingestija nejestivih predmeta (magneti, baterije, oštri predmeti) i udaranje (radi se o udaranju rukama i glavom o zid) po jedan slučaj. Ukupan broj nije 26 jer osam adolescenata koristi multiple metode samoozljeđivanja, grebanje u kombinaciji s rezanjem i paljenje kože u kombinaciji s rezanjem pa ti adolescenti spadaju i u kategoriju »rezanje«, »grebanje« i »paljenje«.

Grafikon 4.

Način samoozljeđivanja



Mnogi autori smatraju kako dio problema samoozljeđivanja kod adolescenata jednim dijelom leži i u njima samima i kažu kako ta djeca nemaju dovoljno razvijene socijalne vještine za nošenje s problemima, kako nisu u mogućnosti izverbalizirati svoje emocije, kako im manjka konstruktivnih obrambenih mehanizama za nošenje s frustracijama, kako su osjetljiva na odbacivanje, ljuta sama na sebe, depresivna (tužna), itd. Sve su to karakteristike koje možemo naći kod djece/adolescenata koji se samoozljeđuju prema mnogim istraživanjima. No, zašto su ona baš takva? Zašto nemaju dovoljno razvijene socijalne vještine da bi se mogla suočavati sa svakodnevnim problemima? Možda zato jer ih nisu imala priliku naučiti od nekoga, svojih roditelja ili drugih važnih osoba? (Kod 53,84% adolescenata u istraživanju, roditelji ne žive u bračnoj zajednici, 69,23% adolescenata ne živi u potpunoj obitelji. Kod 30,76% adolescenata prisutna je neka vrsta ovisnosti u obitelji.) To je razdoblje kada su ona najpodložnija psihičkim pritiscima od strane obitelji i okoline. Zašto ona nisu u mogućnosti izverbalizirati svoje emocije? Možda zato jer nisu nikad čuli ni vidjeli kako se to radi? Ili možda zato što su eto tek »pukim slučajem« došla na ovaj svijet i svima su na teret jer su svi u vlastitim problemima i nemaju vremena za »tako zahtjevnu« mladu osobu.

U 76,92% slučajeva odnosi su u obitelji okarakterizirani kao narušeni. Vrlo je vjerojatno da bi taj postotak bio još veći da su poznati podaci svih adolescenata. Zašto su tako osjetljiva na odbacivanje? Možda zato što su ih njihovi najbliži odavno odbacili ili ih još uvijek konstantno odbacuju, na početku emocionalno pa zatim često nakon toga i

fizički. (Rastava roditelja, napuštanje djeteta... 42,31% je razvoda brakova u istraživanju.) Zašto su tako ljuta sama na sebe, i općenito puna gnjeva? (42,31% adolescenata je prema rezultatima agresivno u školi, prema sebi, prema drugima i okolini.) Možda zato jer se osjećaju krivima zbog vlastitog postojanja jer ih drugi ionako ne primjećuju niti razumiju i samo su im na teret, možda jer se osjećaju bespomoćno, a znaju da nešto stvarno »ne štima« u njihovu životu? Nije ni čudno zašto su onda na koncu tako tužna, nesretna, depresivna i autoagresivna. (Depresija je druga dijagnoza po učestalosti pojavljivanja kod istraživanih adolescenata - pojavljuje se kod 34,62% adolescenata, a 53,85% adolescenata je ranije pokušalo/imalo namjeru počiniti suicid ili imalo suicidalne misli.) Zabrinjavajući je podatak da je gotovo 40% adolescenata bilo na jedan ili drugi način zlostavljano od članova uže obitelji.

Svi ovi podaci i rezultati drugih istraživanja pokazuju kako se mladi danas često nalaze u situaciji kada su suočeni s društvenim, obiteljskim i vlastitim konfliktima: od strane obitelji (poremećeni odnosi, nasilje, raspad brakova, zlostavljanje, emocionalno zahlađenje u odnosima...), od strane društva (razne ovisnosti...) i na kraju od strane same osobe (nisko samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaj beskorisnosti, krivnje... autoagresija iz raznoraznih razloga).

ZAKLJUČAK

Kako u Hrvatskoj do sada nije bilo istraživanja na ovu temu, a problem svakako postoji, odlučili smo za početak progovoriti o toj temi i istražiti tko su uopće ti mladi koji se samoozljeđuju, kakva je njihova socijalna situacija, obiteljska dinamika te kakve ih psihijatrijske karakteristike označavaju. Izdvojeni su neki faktori rizika i proučavalo se koliko su oni prisutni u ispitivanom uzorku. Rezultati istraživanja su pokazali kako obiteljska dinamika, interpersonalni odnosi, materijalne prilike i drugi faktori rizika utječu na normalan i zdrav razvoj individue te kako se u nedostatku navedenog kod mlade osobe mogu razviti različiti poremećaji. Ovdje je riječ konkretno o samo-ozljeđivanju. Iako je istraživanje provedeno na malom uzorku, njegovi rezultati bi se mogli iskoristiti kao polazišna točka u istraživanju pojave samoozljeđivanja kod mladih općenito, a ne isključivo na psihijatrijskom uzorku.

Ovo istraživanje je tek blijeda slika prisutnosti ovog problema kod nas i potrebno mu je ubuduće u svakom slučaju posvetiti pažnju koju zaslužuje.

Koja je uloga socijalnog radnika/socijalnog rada? On bi trebao djelovati kao spona između institucija, na relaciji obitelj-škola-zdravstvo i tako odigrati jako važnu ulogu u prevenciji ove pojave, kako kao član stručnog tima, jednako tako i kao osoba koja je educirana za pružanje pomoći obiteljima kroz razvoj njihovih socijalnih vještina i konstruktivnih načina suočavanja s problemima. Potrebno je prethodno istražiti jesu li i koliko su stručnjaci iz područja socijalne skrbi upoznati s tom problematikom i omogućiti im dodatnu edukaciju.

LITERATURA

1. Cyr, M., McDuff, P., Wright, J., Theriault, C. & Cinq-Mars, C. (2005). Clinical correlates and repetition of self-harming behaviours among female adolescents victims of sexual abuse. **Journal of Child Sexual Abuse**, 14 (2), 49-65.
2. Derouin, A. & Bravender, T. (2004). Living on the edge: The current phenomenon on self-mutilation in adolescence. **American Journal of Maternal Child Nursing**, 29, (1) 12-18.
3. Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents. **British Medical Journal**, 325, 1207-1211.
4. Heath, N. L., Toste J. R. & Bettam, E. L. (2006). I am not well equipped. **Canadian Journal of School Psychology**, 21, (1-2), 73-92.
5. Kandare, A., Samoozljeđivanje ili samoranjavanje. Očitano sa stranice: <http://ss-ri.hr/samoozljeđivanje.htm>, 7. lipnja 2007.
6. Manzoni, M. L. (2007). **Psihološke osnove poremećaja u ponašanju**, Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Nikolić, S. & Marangunić, M. (2004). **Dječja i adolescentna psihijatrija**. Zagreb: Školska knjiga.
8. Purington, A. & Whitlock, J. (2004). Self-Injury Fact Sheet. **Research Facts and Findings**, a collaboration of Cornell University, University of Rochester and the New York State Center for School Safety.
9. Walsh, B. W. & Rosen, P. M. (1988). **Self-mutilation: Theory, Research and Treatment**. New York/London: The Guilford Press.
10. Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. (2005). Self-injurious behaviour in a college population. **Pediatrics**, 117 (6), 1939-1948.
11. Whitlock, J., Lader, W. & Conterio, K. (2007). The internet and self-injury: What Psychoterapists should know. **Journal of Clinical Psychology**: 63, 1135-1143.

Martina Sičić

Centre for Children and Youth Dugave

Lana Mužinić

Psychiatric hospital Vrapče

RISK FACTORS FOR THE OCCURRENCE OF SELF-INJURY AMONG THE CHILDREN AND YOUNG PERSONS

SUMMARY

The problem of self-injuring behaviour among adolescents is still not publicly discussed in our country, and as it is the case with some other mental disorders, this occurrence is stigmatised and remains hidden from the public. This paper presents a theoretical review of the phenomenon of self-injuring behaviour, the prevalence of the problem abroad, primarily in the USA, Great Britain and Canada, and the research conducted in our country, in the Psychiatric hospital for the children and young persons in Zagreb, Kukuljevićeva 11. This research included 26 adolescents, and its purpose was to determine who frequently were the analysed risk factors present among those adolescents. The analysed risk factors are: who the child lives with, the marital status of the parents, employment status of the parents, relations between the family members, violence and addiction in the family, abuse of the child, an earlier attempt/intention to commit suicide and suicidal thoughts of the child, aggressiveness of the child, behavioural disorders (the child's perpetration of criminal and summary offences) and the presence of mental disorders of the child (diagnosis). The results show that social and psychiatric characteristics of the adolescents influence the occurrence of self-injury.

Key words: *self-injury, adolescents, social characteristics of adolescents, psychiatric characteristics of adolescents*